

4 某漁協における健診後の保健指導の効果について

○久保田聡美、五十嵐恵子、高原美奈（財高知県
総合保健協会）、上原由美（高知県職員厚生課）

【はじめに】 長引く不況の下、産業保健領域をとりまく情勢も、労働者の高齢化、リストラ、雇用形態の変化等、厳しさを増してきている。実際、健診事業も経費削減の名の下に見直しされる事業所は多く、健診後の保健指導等を希望する所は、年々減少している。その様な社会情勢の下、1992年から始まった某漁協の受診者への保健婦による定期健康診断後の指導も、今回で8回目を数えた。年に1回の指導とはいえ、熱心な健診担当者の協力の下、「禁煙する人が増えた」「無茶な飲み方をする人が減った」「漁の後の差し入れの缶コーヒーをやめた」等の声は聞かれるが、客観的な評価はなされていない。そこで、健診後の保健指導の効果を評価する為、健診のデータと生活習慣の変化について、比較検討を行ったので報告する。

【対象と方法】 某漁協に従事する、1994年から1999年に健康診断受診し、保健婦による健診後の指導を受けた33名（全員男性、平均年齢 48.8 ± 8.9 ）をA群、同年度に当協会にて、出張による健康診断をうけた男性の受診者（1999年度は、 $n = 6983$ 、平均年齢 49.5 ± 8.8 ）をB群とした。A群の特徴を明らかにするために、両群の健診データ（BW、BMI、血圧、GOT、GPT、 γ -GTP、t-CHO、TG）と生活習慣（飲酒、喫煙、運動、清涼飲料水の摂取量）を比較した。また、保健指導の効果を評価するため、A群のデータ及び生活習慣の年次推移の変化も検討した。統計処理はExcel 97で行い、有意差検定にはt検定を用いた。

【結果】 2群間の比較では、すべての年度で、体重、BMI、 γ -GTP、飲酒量について、有意差を認めた（A群>B群、 $P < 0.05$ ）。このことから、A群の特徴は、肥満と多量飲酒、 γ -GTP高値といえる。次に、A群のデータ推移を検討したが、改善方向での有意差はなかった（表1）。

表1) A群のデータ推移							mean \pm SD
	体重	BMI	GOT	GPT	γ -GTP	T-CHO	TG
1995	70.8 \pm 17.9	25.6 \pm 4.6	33.8 \pm 25.6	31.9 \pm 23.7	73.8 \pm 81.2	193.4 \pm 25.9	111.6 \pm 78.9
1996	70.7 \pm 19.1	25.5 \pm 4.8	27.7 \pm 10.8	27.0 \pm 14.8	71.1 \pm 86.2	219.6 \pm 34.1	111.9 \pm 66.9
1997	71.1 \pm 18.2	25.9 \pm 4.9	28.9 \pm 10.6	29.6 \pm 17.7	87.3 \pm 87.5	198.4 \pm 31.9	110.7 \pm 78.4
1998	69.6 \pm 18.5	25.4 \pm 4.9	30.5 \pm 11.9	32.3 \pm 20.3	87.1 \pm 86.8	197.6 \pm 29.2	107.6 \pm 71.5
1999	70.3 \pm 17.1	25.5 \pm 4.5	31.1 \pm 10.9	33.3 \pm 16.6	110.6 \pm 152.4	202.8 \pm 34.8	94.7 \pm 69.8

生活習慣については、1997-1998の飲酒量に改善の傾向はみられたが、有意差はなかった。

表2) A群の生活習慣の推移

	飲酒量/日(合)	飲酒量/週(合)	タバコ/日(本)	清涼飲料水(本)	運動量/週(分)
1995	1.5±1.4	8.1±8.2	18.9±14.1	1.8±1.5	88.6±263.1
1996	1.5±1.1	8.7±7.3	25.6±15.3	1.7±1.4	77.2±169.9
1997	1.6±1.3	9.6±9.0	22.8±10.9	2.0±1.2	37.5±71.9
1998	1.3±1.1	6.9±7.3	20.1±11.0	1.9±1.2	26±53.1
1999	1.5±1.4	8.7±8.4	18.7±11.4	1.7±1.3	37.1±69.2

【 考 察 】保健指導に効果が得られなかった原因として、指導の時期と頻度が挙げられる。健診日から、1ヶ月前後の時期がほとんどで、その頃には受診者は、健診のことなど忘れてしまっている事が多い。また、年1回という頻度では、生活習慣を変化させ、それを継続するようにサポートするには、少なすぎる。

次に、担当保健婦が固定化していないという問題である。調査対象となった某漁協へ指導には、勤務の都合もあり、5人の保健婦が交代であたっている。個人の指導の力量差もさることながら、年1回という頻度でありながら、行く度違う保健婦では、受診者との関係作りもそこそこになってしまい、結果的に効果的な指導が出来なかったのではないか。これは、保健指導の時間の問題とも関係している。某漁協が、遠隔地であることや仕事などの諸事情から、30人あまりの指導に実質2時間しかかけられず、一人あたりの平均指導時間は、わずか4分であった。その結果、目先の健診データにふりまわされてしまい、実現可能な個人の生活を考慮にいれた指導には、発展しにくい。

しかし、担当保健婦の固定化や指導時間を増やすことは、現実的には難しい。そこで、継続性を重視した記録用紙の工夫や担当者との関係作りを通して、フォローして行くことが大切だと思われる。また、この対象のように、職場と居住区が隣接しているような集団には、ジェフリー・ローズらの主張にもあるように、個人に対するハイリスク・ストラテジーだけでなく、集団全体へのポピュレーション・ストラテジーも重要ではないだろうか。

【 おわりに 】今回の対象者は、働き盛りの年代であり、日常の生活習慣が健診結果にも影響がではじめる年代である。保健婦の効果的なアプローチが求められている年代ともいえる。残念ながら本研究ではその効果は、確認されなかった。この結果は、いみじくも日々の保健指導で実感している問題であった。自覚症状のない受診者に検査データの異常だけで、長年の生活習慣を変容させる程の効果的な保健指導は難しい。労働安全衛生法の改正に伴い、健診事業も保健指導等の事後措置を重視する方向にある。しかし、高知県では、法的規制のない50人未満の小規模事業所が多く、なかなか事後措置までは実施されないのが現状である。それらの集団へのアプローチには、慎重を要する面もあるが、本研究の結果を生かして、職場の担当者との関係作りを大切に、他の労働衛生機関や地域の保健機関との連携もとりながら、効果的な健康支援を提供していきたい。

- 引用文献 1) Geoffrey Rose、予防医学のストラテジー 医学書院 1998
 2) 矢野栄二他編、EBMによる健康診断、 医学書院 1999